



Fondazione Smith Kline

Questa pubblicazione, curata dalla Fondazione Smith Kline,
è una presentazione del

RAPPORTO PREVENZIONE 2013
L'economia della prevenzione

dedicata al
46° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Giardini Naxos - Taormina (ME), 17-20 ottobre 2013

RAPPORTO PREVENZIONE 2013

L'economia della prevenzione

a cura di

Cesare Cislighi, Michele Conversano, Antonio Federici,
Anna Lisa Nicelli, Giovanni Renga, Walter Ricciardi,
Carlo Signorelli, Marco Trabucchi, Massimo Valsecchi
e Paolo Villari

*Il Volume sarà disponibile
a partire dal Dicembre 2013*

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

INDICE DEL VOLUME

Presentazione, *di Walter Ricciardi, Paolo Villari e Michele Conversano*

OSSERVATORIO PREVENZIONE

Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): verso una copertura completa del territorio nazionale, *di Francesco Calamo-Specchia, Anna Lisa Nicelli e Massimo Valsecchi*

L'ECONOMIA DELLA PREVENZIONE

Introduzione. L'economia della prevenzione, *di Cesare Cislighi e Giuseppe Costa*

L'Ocse e l'economia della prevenzione, *di Chiara Capobianco e Franco Sassi*

Il razionale e la logica delle valutazioni economiche in prevenzione, *di Fabrizio Tediosi*

L'ECONOMIA DELLA PREVENZIONE: I SETTORI D'INTERVENTO

Vaccini, politiche e strategie vaccinali. Due casi modello: Hpv e influenza stagionale, *di Paolo Bonanni, Sara Boccalini, Tatiana Battista e Michele Conversano*

La valutazione economica applicata ai programmi di *screening*: aspetti metodologici e esempi di utilizzo, *di Fabio Palazzo, Paola Mantellini, Giuseppe Lippi, Paolo Giorgi Rossi e Marco Zappa*

L'educazione sanitaria: quale impatto economico?, *di Chiara Capobianco e Michele Cecchini*

I costi della mancata prevenzione cardiovascolare, *di Massimo Valsecchi*

Test genetici, sanità pubblica e valutazioni economiche, *di Elvira D'Andrea, Ferruccio Pelone, Carolina Marzuillo, Maria Tanzariello, Corrado De Vito, Maria De Giusti e Paolo Villari*

Aspetti economici della prevenzione non farmacologica nel diabete, *di Federico Spandonaro, Annachiara Bernardini e Valentina Lista*

L'impatto economico delle malattie croniche: la Bpco, *di Roberto W. Dal Negro*

Le badanti e la prevenzione mancata. Rischi per il domani di un lavoro oggi non adeguatamente protetto, *di Fausta Podavitte, Angelo Bianchetti e Marco Trabucchi*

Controlli ambientali e salute umana 20 anni dopo il referendum, *di Carlo Signorelli*

La prevenzione dei danni da incidenti stradali:
una valutazione economica, *di Alice
Mannocci, Manuela Atzori e Giuseppe La
Torre*

L'economia della prevenzione «ambiente e lavoro:
dall'Icmesa di Seveso all'Ilva di Taranto»,
di Vittorio Carreri e Michele Conversano

Impatto economico e costi della ludopatia, *di
Chiara Cadeddu, Maria Lucia Specchia e
Walter Ricciardi*

Impatto economico e impatto della prevenzione
delle dipendenze da sostanze, *di Fabrizio
Faggiano, Roberto Zanola e Luca Savarino*

Prevenzione e salute mentale, *di Claudio
Mencacci e Giancarlo Cerveri*

La prevenzione delle diseguità e dalle conse-
guenze delle diseguaglianze sociali, *di Cesare
Cislaghi e Giuseppe Costa*

Senso e finalità delle valutazioni economiche e
finanziarie in sanità pubblica, *di Francesco
Calamo-Specchia, Giovanni Baglio e Maria
Michela Gianino*

PRESENTAZIONE

Walter Ricciardi*, Paolo Villari**, Michele Conversano***

La sostenibilità dei sistemi sanitari, in Italia come in altri Paesi, è un tema di particolare rilevanza nell'attuale contesto di crisi economico-finanziaria. Anche se non è facile, nel breve periodo, la valutazione dell'impatto sulla salute della crisi iniziata nel 2008, i primi dati che incominciano ad emergere a livello europeo depongono per un aumento del numero dei suicidi, del rischio di nuovi focolai epidemici infettivi, per un rallentamento del declino della mortalità infantile, oltre ad un incremento degli stili di vita a rischio^{1,2,3}. Tra gli aspetti positivi, la diminuzione degli incidenti stradali per la minore circolazione veicolare a causa dell'aumento del prezzo dei carburanti.

I dati italiani sembrano del tutto coerenti con quelli europei e depongono per un aumento dei disturbi legati alla salute mentale, un ridotto accesso alle cure odontoiatriche, un aumento delle malattie associate alla povertà, una riduzione dei comportamenti salutari ed un aumento degli stili di vita a rischio⁴.

In tempi di crisi la prevenzione è a rischio. La natura stessa della prevenzione, caratterizzata da effetti talora duraturi, ma con una latenza variabile e sempre presente, la rende una vittima designata nei momenti di tagli e ridimensionamenti.

* *Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica Policlinico Universitario "A. Gemelli" Roma*

** *Professore Ordinario di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma*

*** *Presidente nazionale della SItI e Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Taranto*

¹ *World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies. Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. Geneva: WHO, 2013.*

² *World Health Organization. Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region. Geneva: WHO, 2013.*

³ *Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Struckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet 2013;381:1323-31.*

⁴ *de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. Health Policy 2012;106:10-6.*

Tuttavia le difficoltà finanziarie possono diventare un'occasione per ripensare alla prevenzione come un sistema per fare un buon investimento di salute. Di fatto, in un contesto in cui è necessario un controllo rigoroso della spesa pubblica, è probabilmente più utile valorizzare gli interventi efficaci e costo-efficaci piuttosto che concentrarsi sulla riduzione dei costi. Ad esempio, gli *screening* oncologici di popolazione di efficacia e costo-efficacia ben dimostrate continuano ad essere tali anche in tempi di crisi. Se tali *screening* non sono senza costi, perdere del tutto la battaglia contro le malattie neoplastiche comporterà tempi più lunghi ed avrà comunque un prezzo più alto⁵. Stessi ragionamenti possono essere fatti per strategie preventive in altri ambiti, come ad esempio le malattie cardiovascolari^{6,7}. E bisogna sottolineare che, nonostante le enormi difficoltà, molti Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie italiane hanno dato il buon esempio in questi anni con ottimi risultati proprio nei programmi di *screening* per le malattie neoplastiche e cardiovascolari.

Per questo è importante sottolineare che tra le dieci raccomandazioni elaborate di recente dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS vi è proprio quella di "preservare e proteggere il livello di finanziamento dei servizi di prevenzione e sanità pubblica"².

In Italia, la spesa sanitaria ha rappresentato il 9.2% del PIL nel 2011, una percentuale leggermente inferiore alla media rilevata nei Paesi dell'OCSE (9.3%). La quota della spesa sanitaria sul PIL in Italia rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (17.7%) come pure a quella di molti Paesi

⁵ Martin-Moreno JM, Antilla A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL, Gorgojo L. Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer* 2012;48:2212-8.

⁶ Barton P, Andronis L, Briggs A, McPherson K, Capewell S. Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: modelling study. *BMJ* 2011;343.

⁷ Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE, Franklin BA, Goff DC Jr, Hayman LL, Lloyd-Jones D, Pandey DK, Sanchez EJ, Schram AP, Whitsel LP; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Clinical Cardiology, and Stroke Council. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011;124:967-90.

europei come i Paesi Bassi (11.9%), la Francia (11.6%) e la Germania (11.3%).

La quota del 5% del finanziamento complessivo del Sistema Sanitario Nazionale destinata al LEA “Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro”, è ben lungi dall’essere raggiunta nella maggior parte delle regioni italiane. Il Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, pubblicato nel maggio 2013 dalla Corte dei Conti, rileva che, sebbene la situazione economica del sistema sanitario stia complessivamente migliorando rispetto al passato, gli stringenti vincoli per il superamento delle inefficienze sono controbilanciati da forti tensioni che si cominciano a manifestare sul fronte della garanzia di adeguati livelli di assistenza. E nell’erogazione di servizi nell’area della prevenzione, tutte le regioni presentano criticità, sebbene con accentuazioni differenti. Da un punto di vista generale le principali criticità si registrano nell’erogazione di servizi nell’area veterinaria e di igiene degli alimenti.

Qualunque decisione di non rafforzare, o addirittura di indebolire il settore e le attività della prevenzione appare quindi ingiustificata e pericolosissima. Tuttavia, la difesa della prevenzione in tempi di crisi economica non deve essere solo una difesa di principio, bensì deve basarsi su solide evidenze scientifiche. È indubbio che i sistemi sanitari pubblici siano costretti ad affrontare il tema della scarsità delle risorse e dei metodi di valutazione per definire le priorità degli interventi. Il controllo della spesa sanitaria è sempre stato un obiettivo prioritario dei sistemi sanitari. Se gli anni ‘90 sono stati, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, caratterizzati da riforme e misure di bilancio improntate soprattutto al contenimento della spesa (“imperativo economico”, secondo una definizione dell’OMS), con strategie di natura prevalentemente finanziaria, negli anni 2000 si sono osservate maggiormente riforme finalizzate al controllo della spesa attraverso un miglioramento della pratica medica e di sanità pubblica tramite recuperi di efficacia, appropriatezza ed efficienza. In altri termini, sono ritornati molto in auge due slogan, il primo, famoso e oggi un po’ datato, di Archie Cochrane (*“All effecti-*

ve treatments should be free”)⁸ e il secondo, meno famoso ma più recente, di Alan Williams (“All cost-effectiveness treatments should be free”)⁹. Tutto ciò porta ad assegnare un ruolo strategico alla valutazione degli interventi sanitari, in termini sia di efficacia che di efficienza, da attuarsi mediante tecniche di epidemiologia clinica e di valutazione economica, che, tra l’altro, nel settore della prevenzione presentano alcune caratteristiche peculiari rispetto agli ambiti di diagnosi e cura.

È importante quindi cercare di capire, in termini di evidenza scientifica disponibile, se gli interventi di prevenzione presentino prove di efficacia convincenti e rapporti costi-efficacia favorevoli, anche rispetto agli interventi sanitari di diagnosi e cura. Si ritorna così all’interrogativo, spesso banalizzato, se costi di più curare o prevenire. In accordo con i dati disponibili, gli interventi di prevenzione primaria risultano *cost-saving* in circa il 20% dei casi, mentre gli interventi curativi lo sono in circa il 18% dei casi¹⁰. Se si ragiona solamente nell’ambito degli interventi preventivi, gli interventi di prevenzione primaria ambientale risultano *cost-saving* nel 46% dei casi, mentre gli interventi di prevenzione non clinici diretti alle persone e gli interventi di prevenzione clinica lo sono, rispettivamente, nel 13% e nel 16% dei casi¹¹.

Sebbene i dati sopraesposti non siano eclatanti, tali cioè da poter affermare che gli interventi di prevenzione comportino sempre un risparmio di risorse, è abbastanza chiaro che gli interventi e le attività di prevenzione possono rappresentare in molti casi un ottimo investimento. È inoltre evidente che non è possibile generalizzare, vale a dire non è possibile considerare globalmente gli interventi di prevenzione primaria o secondaria, valutandoli comparativamente con la totalità degli

⁸ Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency. Random reflection on health services*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972

⁹ Williams A. *Cochrane Lecture. All cost effective treatments should be free ... or, how Archie Cochrane changed my life!* J Epidemiol Community Health, 1997;51:116-120.

¹⁰ Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. *Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates 2008*;358:661-3.

¹¹ Chokshi DA, Farley TA. *The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention 2012*;367:295-7.

¹² Weinstein MC. *Economics of Prevention. The Costs of Prevention*. J Gen Intern Med 1990;5:s89-S92

interventi curativi. In altri termini, come affermato con chiarezza più di venti anni fa da Milton Weinstein¹², esistono numerosi interventi preventivi e numerosi interventi curativi, ciascuno dei quali deve essere sottoposto a valutazione economica completa, tenendo presente che esistono alcuni interventi preventivi con rapporti costi-efficacia più favorevoli rispetto ad interventi curativi, e viceversa.

Il punto centrale diventa quindi la selezione delle attività di prevenzione “giuste”, con evidenze di efficacia e con rapporti costi-efficacia favorevoli. La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.) è da lungo tempo impegnata in quest’ambito, anche mediante il superamento e l’abolizione delle attività inutili a fini preventivi. Si tratta di attività di dimostrata inutilità sotto il profilo scientifico o anche di duplicazioni. Rientrano in questo gruppo diverse certificazioni, alcuni obblighi in materia di medicina scolastica, alcune procedure in ambito veterinario e diversi obblighi in tema di polizia mortuaria¹³.

In quest’ottica si inserisce la IV edizione del Rapporto Prevenzione della Fondazione Smith Kline, iniziativa svolta in collaborazione con la S.It.I. che, ormai come da tradizione, si suddivide in una prima parte dedicata ad un aggiornamento delle attività dell’Osservatorio Italiano della Prevenzione (OIP) che si configura sempre più come un centro di monitoraggio stabile delle attività di prevenzione in Italia, e una seconda parte che quest’anno approfondisce proprio il tema, complicato ma stimolante, dell’economia della prevenzione.

Numerosi ed autorevoli sono i contributi del Rapporto Prevenzione 2013, alcuni di inquadramento ai problemi o metodologici, altri dedicati invece a specifici settori d’intervento, come i vaccini e le strategie vaccinali, i programmi di screening, la prevenzione cardiovascolare, l’educazione sanitaria, i test genetici, gli interventi di prevenzione ambientale ed altri. Altri capitoli, infine, approfondiscono, sempre in termini economici, alcuni dei problemi più rilevanti di sanità pub-

¹³ *Collegio Operatori Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.). Linee Guida per i Dipartimenti di Prevenzione. Roma, 2011 www.societaitalianaigiene.org*

blica, quali malattie croniche come il diabete e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive, la disabilità, gli incidenti stradali, la ludopatia, le tossicodipendenze e il tabagismo, le patologie della povertà. Tutti i contributi contenuti nel Rapporto, il cui coordinamento editoriale è stato curato da Maurizio Bassi, Fondazione Smith Kline, sono legati da un filo conduttore comune: gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, condotti con approcci di popolazione, per individui a più alto rischio o anche personalizzati, se di efficacia e costo-efficacia dimostrate, continuano ad essere tali anche in tempo di crisi e rappresentano ottimi investimenti.

L'Italia, come la maggior parte dei Paesi dell'OCSE, negli ultimi decenni ha visto aumentare significativamente la speranza di vita alla nascita. Nel 2011, la speranza di vita alla nascita in Italia è di 82.7 anni (media uomini e donne). Tale valore è superiore alla media OCSE (80.1 anni) ed inferiore solo a quello registrato in Svizzera. Ma questo successo non è da considerarsi acquisito in modo definitivo.

Oggi il nostro Paese si trova nella difficilissima situazione di prendere decisioni cruciali per il proprio futuro nella peggiore condizione possibile: un enorme debito pubblico, una recessione apparentemente inarrestabile, un'instabilità politica persistente, un'ignoranza diffusa sia nella popolazione generale, sia nella cosiddetta classe dirigente, il tutto pervaso da un clima generale di depressione vicina alla rassegnazione per un declino che appare sempre più ineluttabile.

È difficile prevedere se il Rapporto Prevenzione 2013 possa raggiungere in modo efficace l'ambizioso obiettivo di fornire un aggiornamento, ancorché sicuramente non esaustivo, sulle evidenze scientifiche della convenienza economica delle principali attività di prevenzione. Tuttavia sicuramente il rapporto contribuisce ad assegnare "valore" alla prevenzione, con l'auspicio che venga unanimemente riconosciuta come un potente mezzo per lo sviluppo sociale ed economico del Paese.

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA PREVENZIONE (OIP):
VERSO UNA COPERTURA COMPLETA
DEL TERRITORIO NAZIONALE

Francesco Calamo-Specchia, Anna Lisa Nicelli
e Massimo Valsecchi¹

1. *Oip: caratteristiche, obiettivi e acquisizioni*

L'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) è stato attivato nel 2010 dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e dalla Società italiana di Igiene (Siti)².

Obiettivo strategico dell'Oip è stato fin dall'inizio contribuire con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi «mondi» della prevenzione italiana - ponendosi come possibile localizzazione comune e sintesi delle diverse esperienze geografiche e delle differenti appartenenze professionali - per arrivare al disegno di *una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa potesse poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Gli strumenti di lavoro utilizzati a tale scopo dall'Oip nel biennio 2011/2012 - un questionario di valutazione e autovalutazione degli operatori (articolato in tre sezioni), e otto griglie di rilevazione di dati e informazioni (tabella 1) - sono stati messi a punto collegialmente in incontri svoltisi nel 2010, che

¹Francesco Calamo-Specchia: professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; Anna Lisa Nicelli: vicepresidente e segretario generale della Fondazione Smith Kline; Massimo Valsecchi: direttore del Dipartimento di prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Verona

²L'Oip è stato affidato al suo inizio al coordinamento scientifico del dott. Domenico Lagravinese, direttore del Dipartimento di prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Bari, già coordinatore del Collegio degli operatori di sanità pubblica della SItI, che lo ha proficuamente orientato e condotto per tre anni

hanno coinvolto più di 100 operatori del territorio [Lagravinese e Calamo-Specchia 2010].

Tali strumenti sono poi stati sagggiati nel 2011 in una prima tornata di rilevazioni, che ha riguardato 23 Dipartimenti - circa il 15% del totale nazionale - di 12 Regioni [Lagravinese e Calamo-Specchia 2011]; e nel 2012 in una seconda tornata che ha riguardato 60 Dipartimenti - circa il 40% del totale nazionale - di 19 regioni, giungendo peraltro anche a coprire così circa il 40% della popolazione nazionale, e che ha visto la collaborazione attiva alle rilevazioni di quasi 200 operatori [Lagravinese e Calamo-Specchia 2012].

Le caratteristiche di maggiore originalità dell'approccio dell'Oip, diffusamente illustrate nei già citati capitoli dei Rapporti prevenzione 2010, 2011 e 2012 (cui dunque si rimanda per una esposizione più estesa), possono qui essere sintetizzate come segue:

1. *partecipazione* degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione, e costante "manutenzione" partecipata degli strumenti di rilevazione;
2. *stimolo al confronto* e alla *integrazione* tra gli operatori del Dipartimento, chiamati a fornire collegialmente le risposte alle griglie e al questionario Oip;
3. stimolo alla *soggettività* valutativa e autovalutativa degli operatori, attraverso l'ampio spazio riservato alle rilevazioni *qualitative*;
4. rilevazioni *quantitative originali*, allargate a variabili (dall'età media degli operatori alle attività di epidemiologia della Asl, dal turnover dirigenziale di Asl e Dipartimento alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.) mai organicamente indagate in precedenza in iniziative analoghe;
5. analisi riferita *a tutto il territorio e a tutti gli attivatori* istituzionali di interventi preventivi, anche al di là delle strette competenze del Dipartimento;
6. monitoraggio di *tutte le attività preventive*, e non solo delle più consuete o delle più facili da rilevare (quali quelle di medicina preventiva, più immediatamente enumerabili, come *screenings*, vaccinazioni, ecc.);

7. monitoraggio del contesto in cui tutte tali attività si svolgono: dalle conoscenze *epidemiologiche* su cui si basano, alle condizioni *organizzative* che le rendono possibili, alle modalità della loro *valutazione*.

Le indagini quantitative dell'Oip effettuate attraverso le griglie di rilevazione negli anni 2011/2012 hanno prodotto risultati di qualche interesse, che potrebbero costituire fin d'ora l'Oip come luogo in cui - pur con tutti i limiti del caso - si possano rinvenire degli elementi embrionali per prefigurare futuri standard di dotazioni e di attività per i Dipartimenti. Nel merito, alcuni tra tali elementi emersi nel 2012 sono schematicamente riassunti nella figura 1.

Le rilevazioni qualitative effettuate dall'Oip attraverso il questionario di valutazione hanno prodotto nel 2011 e nel 2012 risultati sostanzialmente coincidenti, che nel secondo anno di indagine si sono peraltro affinati e precisati, come riassunto in tabella 2; e dei quali si può affermare che abbiano riscosso un consenso sostanziale da parte degli operatori dei Dipartimenti e dei lettori dei Rapporti prevenzione nei quali erano riportati.

Sulla scorta delle risultanze delle sue significative esperienze, e per preparare al meglio l'ambizioso obiettivo della *copertura di tutto il territorio nazionale*, per il 2013 l'Oip si è proposto dunque da una parte di riflettere su come promuovere intorno alle proprie attività sia *un rinnovato impegno dei promotori*, sia una collaborazione crescente con *le Istituzioni pubbliche* e *le Società scientifiche e professionali* della sanità pubblica italiana; e dall'altra di effettuare una *messa a punto ulteriore dei tempi e degli strumenti di indagine*.

Tale messa a punto - condotta salvaguardando comunque le acquisizioni fin qui ottenute, e le impostazioni operative di maggiore originalità - ha seguito due direttrici principali: il ripensamento della periodicità di effettuazione (portato per griglie e questionario rispettivamente a due e quattro anni) e la riorganizzazione degli strumenti di indagine, seguendo il criterio dello "snellimento ragionato" - ossia alleggerendoli, ma al contempo garantendone una sostanziale continuità finalizzata ad evidenziare linee di tendenza e costruire serie storiche.

2. Oip: impegni e prospettive

Sembrano essere due i punti cruciali sui quali si misurerà la possibilità per l'Oip di continuare con un lavoro proficuo:

- in primo luogo la capacità di approntare *strategie efficaci per la diffusione dei suoi risultati e delle sue impostazioni di lavoro*, sia all'interno del Servizio sanitario nazionale e sia per una loro divulgazione presso la popolazione generale, al fine di promuovere una massa critica favorevole alla prevenzione ed ai Dipartimenti nel corpus sanitario e nei cittadini;
- e in secondo, cruciale luogo - peraltro per molti versi conseguente al primo - la capacità di concretizzare la finalizzazione ultima del suo impegno, ossia la capacità di *determinare un cambiamento*; nei termini di un miglioramento e di un rafforzamento sia organizzativo, sia in qualche modo anche "politico" ed istituzionale, dei Dipartimenti.

Per promuovere tale cambiamento, oltre naturalmente alla determinazione di una massa critica favorevole, ed oltre a sviluppare rapporti positivi e collaborazioni organiche con le istituzioni sanitarie e con il mondo delle società scientifiche e professionali della sanità pubblica italiana, occorreranno però anche risultati scientifici sempre più rilevanti, e proposte organizzative sempre più condivisibili.

Sarebbe necessario dunque attivarsi fin d'ora perché, una volta ottenuti a partire dal 2014, i risultati nazionali dell'Oip possano essere davvero finalizzati; e per costruire i termini e il contesto culturale e scientifico di tale finalizzazione potrebbe dunque essere opportuno iniziare ad esempio a contribuire a:

- a) favorire un *confronto stabile dei diversi Piani regionali di prevenzione*, e delle *diverse realtà regionali al loro interno*;
- b) disegnare ed auspicabilmente implementare programmi di *valutazione della performance* sanitaria, anche fondati ad esempio sulle possibilità di incrocio di dati ed informazioni provenienti dalle rilevazioni Oip (modelli di relazione tra dotazione di risorse e quantità e risultati delle attività, ecc.), e che possano anche contribuire alla definizione di attività preventive basate sull'evidenza;

- c) attivare una riflessione congiunta tra operatori del territorio e mondo accademico intorno alla costruzione e sperimentazione di *indicatori specifici per le attività preventive*;
- d) *identificare i principali temi per la formazione continua* richiesta dagli operatori dei Dipartimenti, ecc.

In questo senso, una discussione di tali argomenti, dei possibili contributi delle acquisizioni in tema prodotte dall'Oip, e di quanto tutto ciò possa contribuire al ridisegno organizzativo unitario dei Dipartimenti, potrebbe forse, senza soverchie forzature, costituire ad esempio il tema di iniziative specifiche della Siti.

In sintesi, dunque, il programma delle attività e degli impegni Oip per il prossimo futuro può essere riassunto come mostrato in tabella 3; e può essere in conclusione ancora sottolineato come attività e impegni mirino ad ottenere la definizione condivisa e forte – e tanto più forte quanto più condivisa – di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto, in prospettiva, di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse».

BIBLIOGRAFIA

- Lagravinese, D., Calamo-Specchia, F. [2010], *Costruzione dell'osservatorio*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2010 - La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino
- Lagravinese, D., Calamo-Specchia, F. [2011], *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2011 - Le attività di prevenzione*, Bologna, Il Mulino
- Lagravinese, D., Calamo-Specchia, F. [2012], *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2012 - La governance della prevenzione*, Bologna, Il Mulino

Tabella 1 - Oip - Questionario di valutazione e griglie di rilevazione utilizzate nel 2011/2012 – Schema degli ambiti e argomenti

Questionario - parte I <i>Dipartimento nel suo complesso</i>	Questionario - parte II <i>Aree del Dipartimento</i>	Questionario - parte III <i>Aree del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso</i>	Griglie
Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, Unità di epidemiologia, M.m.g. e P.I.s., altri referenti istituzionali extra Asl Necessità, situazione attuale e stile della comunicazione esterna e interna Ritorni comunicativi dalla Asl Controlli di qualità	Sensibilità sociale (attesa/ricieste) verso gli interventi Accettabilità sociale (gradimento) verso gli interventi Rilevanza epidemiologica degli interventi Qualità degli interventi	Punti forti e punti deboli Considerazioni e commenti liberi	1. Analisi della legislazione regionale più influente sulla prevenzione 2. Analisi delle attività di epidemiologia della Asl 3. Analisi dei flussi informativi della Asl 4. Descrizione degli assetti dell'organizzazione e analisi delle risorse dei Dipartimenti 4.1 personale, 4.2 strutture, 4.3 strumenti, 4.4 finanziamenti
Progetti autonomi e con finanziatori esterni, commerciali e istituzionali	Efficacia degli interventi		5. Analisi delle attività preventive della Asl nei differenti settori di intervento, e della loro preparazione (studi epidemiologici ad hoc e indicazione di obiettivi di salute) e valutazione (di risultato, di salute, di gradimento)
Turnover dirigenziale Asl e Dipartimento Età media, rapporto di lavoro e motivazione degli operatori Promozione dell'equità sociale negli interventi	Efficacia degli interventi Qualità della comunicazione esterna Necessità di approfondimenti epidemiologici Necessità di aggiornamenti teorici e operativi, e loro ambiti e argomenti		

Tabella 2 - Oip - Valutazioni qualitative - sintesi dei risultati 2012

NODI PRINCIPALI NELL'ATTIVITÀ DEI DIPARTIMENTI

1. Necessità di integrazione istituzionale e umana
2. Necessità di comunicazione esterna e interna
3. Scarsità di risorse
4. Necessità di chiarezza organizzativa
5. Crucialità delle competenze e degli atteggiamenti degli operatori
6. Necessità di formazione continua
7. Rilevanza delle vaccinazioni nelle attività preventive mediche
8. Rilevanza della promozione della salute nelle attività preventive non mediche
9. Necessità di estensione delle conoscenze epidemiologiche
10. Necessità di estensione delle pratiche di Ebp (*evidence based prevention*)

Tabella 3 - Oip 2013 - Impegni e prospettive

- Allargare i rispondenti fino al 100% dei Dipartimenti nazionali
- Potenziare il sito *web*
- Sviluppare efficaci strategie comunicative e di diffusione dei risultati intra- ed extra-Ssn
- Allargare e potenziare nelle attività Siti lo spazio dedicato all'Oip
- Allargare i promotori dell'Oip alle altre società scientifiche e professionali della Sanità pubblica
- Organizzare congiuntamente a queste ultime un Convegno nazionale dedicato all'Oip in occasione della presentazione dei risultati 2014
- Organizzare giornate regionali di presentazione, prima degli strumenti di indagine e poi dei risultati locali Oip
- Attivare una rete di referenti Oip nei Dipartimenti
- Organizzare convegni e incontri e definire progetti di studio in tema di confronti tra PSR, standard, indicatori, EBP, formazione continua, ecc.

Figura 1

Oip - Rilevazioni quantitative 2012 - indicazioni embrionali per possibili futuri standard di dotazioni e attività

